

아동 보건 및 장애 예방 (CHDP) 프로그램 등록전 신청서

부모 또는 환자에 대한 지시사항

- 오늘 무료로 건강 검진을 받으려면 이 양식에서 요구하는 정보를 제공하셔야 합니다. 귀하께서 제공하시는 정보는 비밀로 지켜집니다. 이 무료 검진은 자발적인 프로그램입니다 (17 편 캘리포니아 규제법 6802 및 6832 절).
- 이 양식을 작성하고 서명하면 귀하 또는 귀하의 자녀에게 오늘 완전한 건강 검진을 제공하며 아마 치과, 안과 및 기타 건강 서비스도 이번 달과 다음 달에는 무료로 제공할 것입니다.

환자가 19 세 미만입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

귀하의 가족은 식구가 몇 명입니까? _____

귀하 가족의 세금 공제전 소득은 얼마나 됩니까? \$ _____ 월 또는 \$ _____ 년

- 귀하 또는 귀하의 자녀는 Medi-Cal 이나 Healthy Families 를 통한 지속적인 건강 관리 보험보호에 대해 자격이 있을 수 있습니다. 이 질문에 대해 아니오라고 답변하면 의료, 치과 및 안과 혜택에 대한 환자의 보험보호는 다음 달 말로 끝나게 됩니다. CHDP 예방 서비스에 대해서는 여전히 자격이 있게 됩니다.

본인은 Medi-Cal 또는 Healthy Families 를 통한 지속적인 보험보호를 신청하기 원합니다. ☐ 예 ☐ 아니오

환자 정보

환자에게 State of California Benefits Identification Card (BIC, 캘리포니아 주 혜택 신분증) 또는 Medi-Cal 카드가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

예라고 답변한 경우, BIC 카드의 신분증 번호는 어떻게 됩니까 (있는 경우)? _____

환자의 성 _____ 이름 _____ 중간 이름 _____

생년월일 (월 / 일 / 년) _____ 성별 ☐ 남성 ☐ 여성

☐ 귀하께서 무숙자인 경우, 여기에 표시하십시오. “집 주소” 항에 대략적인 위치를 기입하고 “우송 주소” 항은 완전하게 작성하십시오.

집 주소 _____ 아파트 번호 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

거주 카운티 _____

우송 주소 (집 주소와 다른 경우) _____ 아파트 번호 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

환자의 소셜 시큐리티 번호 (선택사항) _____ 어머니의 이름 — 성 _____ 이름 _____

부모/법적 보호자 정보

부모/법적 보호자 또는 부권에서 해방된 미성년 환자의 이름 — 성 _____ 이름 _____ 중간 이름 _____

집 전화번호 () _____ 직장 전화번호 () _____ 메시지용 전화번호 () _____

귀하는 집에서 어떤 언어를 사용하십니까? _____ 제일 잘 읽을 수 있는 언어는? _____

증명

본인은 오늘 CHDP 건강 검진을 받을 수 있도록 요청합니다. 본인은 이 양식을 읽고 이해하였음을 증명합니다. 본인은 제가 제공한 정보가 진실되고 정확하며 완전함을 선언합니다.

부모/보호자 또는 부권에서 해방된 미성년자의 서명 _____ 환자와의 관계 _____ 날짜 _____

개인은 자신의 개인 정보가 포함된 기록을 검토할 권리가 있습니다. 이러한 정보를 보관할 책임이 있는 곳은 Department of Health Services, P.O. Box 942732, Sacramento, CA 94234–7320 입니다. 이 정보의 사본은 또한 귀하 자녀의 의료 기록과 함께 보관될 것입니다.